



Directiva Adelantada de la Salud

Reconocimiento del Cliente

Esta informacion es pertinente para clientes adultos (18 años o mas) unicamente.

Client's Name: _____ MR No.: _____

1. ¿Tiene usted una directiva adelantada de la salud? Si No
- a. ¿**Si contesto si**, le ha proveído al Departamento de Salud Mental Del Condado de Yolo (ADMH) con una copia de su directiva adelantada de la salud? Si No
- b. Fecha en que ADMH recibió su directiva adelantada: _____
Fecha
2. ¿En caso de emergencia, pude compartir ADMH su directiva adelantada con otros proveedores del cuidado de la salud? Si No

Firma del cliente (*Client's Signature*)

Fecha

Firma del personal (*Staff Signature*)

Fecha